

Revista Médica Sinergia

ISSN 2215-4523

Vol.1 Num:12

Diciembre 2016 pp:21- 25

ENDOMETRITIS POSTPARTO

(POSTPARTUM ENDOMETRITIS)

* Gilbert Chaverri Guillen

RESUMEN

La endometritis posparto es una causa común de morbilidad febril postparto, un buen diagnóstico y una intervención oportuna son importantes para todas las mujeres en el período posparto temprano. Conocer los diferentes diagnósticos diferenciales y tratamientos es el objetivo de esta revisión, así como ejemplificar los diferentes medios de transmisión y los patógenos relacionados.

DESCRIPTORES

Endometritis, fiebre puerperal, corioamnionitis, endometrio, cesarea.

SUMMARY

Postpartum endometritis is a common cause of postpartum febrile morbidity, good diagnosis and timely intervention are important for every woman in early postpartum period. Knowing the different differential diagnoses and treatments is the objective of this review, as well as exemplifying the different means of transmission and related pathogens.

KEYWORDS

Endometritis, puerperal fever, chorioamnionitis, endometrium, cesarean.

*Médico General.
Universidad de Ciencias
Médicas (UCIMED) San
José -Costa Rica

INTRODUCCION

Una de las causas más comunes de fiebre en el posparto es la endometritis. Esta infección uterina también puede comprometer al miometrio y parametrios dando como resultado una endometriometritis y una endoparametritis respectivamente.

Desde hace siglos era bien conocida como fiebre puerperal, la cual formaba parte de la triada de mortalidad materna y, aunque todavía persiste siendo la principal causa de muerte en los 42 días subsiguientes al parto en diferentes partes del mundo como en la región sur del continente Asiático, en la actualidad se ha visto un aumento de casos de endometritis postparto

principalmente debido a la alta tasa de partos por vía alta.

El objetivo de esta revisión conocer los factores de riesgo, diagnósticos diferenciales y medidas de prevención que se deben tener en cuenta en el contexto de la fiebre puerperal.

DEFINICION

Se define la fiebre puerperal como una temperatura igual o superior a 38°C (100.4 °F) sostenida por 24 horas; o bien, fiebre recurrente durante el final del primer día y el final del décimo día después del parto o aborto.

La definición estricta de endometritis establece que es la presencia de cinco o

más neutrófilos por campo a 400X en la superficie del endometrio o bien de una célula plasmática a 120X en la capa basal del endometrio.

Debido a que el diagnostico usual de esta entidad se hace en forma clínica, en general no se necesita contar con una muestra de tejido para diagnosticarla.

PATOGENESIS

El mecanismo de contagio va a depender de la vía de parto, siendo la cesárea el principal factor de riesgo, aumentando la incidencia en un 25% comparado a un parto por vía vaginal.

En la vía alta se han asociado los siguientes factores de riesgo para a la formación de tejido necrótico y la proliferación bacteriana: Dehiscencia de la herida quirúrgica, necrosis de la sutura y presencia de hematomas .

En el caso de parto por vía vaginal, la principal fuente de contagio es la vía ascendente de microorganismo del tracto genitourinario con una sobreinfección concomitante (lo que se conoce como autoinfección). Aunque existen otros factores asociados como: El exceso de manipulación, la presencia de cuerpos extraños (como restos ovulares) y la realización de episiotomías.

FACTORES DE RIESGO

Sin duda alguna, la cesárea es la causa principal de endometritis en la actualidad.

Las tasas de endometritis después de una cesárea electiva son cercanas al 10% y en algunas fuentes se documenta hasta de 30% luego de una cesárea no electiva si no se emplea un antibiótico profiláctico. Otros factores de riesgo importantes se pueden

clasificar en factores generales como: anemia, desnutrición, obesidad, enfermedades crónicas y bajo nivel socioeconómico, presencia en meconio en el líquido amniótico, embarazo pos termino, parto pre termino, infección intraamniótica, vaginosis bacteriana, inmunosupresión y colonización por el estreptococo grupo B.

Asimismo se pueden clasificar en factores específicos durante embarazo, parto y cesárea los cuales se han reportado en la tabla 37-1.

Tabla 37-1. Factores de Riesgo específicos		
Durante el embarazo	Durante el parto	Durante la cesarea
Control prenatal deficiente	Trabajo de parto prolongado	Técnica quirúrgica inadecuada
Aborto inducido en condiciones de riesgo a la salud	Exploraciones vaginales múltiples (más de 5 exploraciones)	Tiempo quirúrgico prolongado
Infecciones de vías urinarias	Corioamnionitis	Cesárea de urgencia
Infecciones cervicovaginales	Parto instrumentado (utilización de fórceps)	Pérdida hemática mayor de 1000 mL
Procedimientos invasivos de la cavidad uterina con fines diagnósticos y terapéutico	Desgarros cervicales y vaginoperineales mal reparados	RPM de más de 6 horas
Rotura prematura de membranas (RPM) de más de 6 horas	Revisión manual de la cavidad uterina	
Óbito fetal.	Pérdida hemática mayor de 500 mL.	

MICROBIOLOGIA

La endometritis es una infección poli microbiana en la que de manera habitual se encuentran agentes aerobios y anaerobios del tracto genital. Los microorganismos más frecuentes

Gram positivos como los estreptococos de los grupos A, B y D y Gram negativos facultativos como *E. coli*, *Klebsiella* spp. y *Proteus* spp., en segundo lugar, agentes anaerobios, *Mycoplasma*, *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamidia trachomatis* la cual se ha asociado con forma de presentación hasta 6 semanas después del parto. Algunas bacterias como *Clostridium perfringens* pueden causar gangrena en casos aislados y la infección por estreptococos se caracteriza por fiebre elevada.

CUADRO CLINICO

La fiebre puerperal se puede manifestar de distintas maneras tanto como una forma localizada , una forma propagada e inclusive como un shock séptico .

La presentación clínica suele manifestarse durante la primera semana del posparto, sin embargo una considerable cantidad va a presentarse hasta 6 semanas posterior a este Vásquez et al., en su revisión de casos del Hospital Nacional Cayetano de Heredia en el 2013 reportaron como entre los síntomas más comunes el dolor a la movilización del cérvix, sangrado y la sensación febril como los síntomas más frecuentes; siendo esta ultima la más prevalente hasta en un 76% además de ser la primera en manifestarse .

Entre los signos más frecuentes las presencias de loquios fétidos estaban presentes en un 50% de las pacientes, así

también presentaron sensibilidad uterina, sangrado, secreción purulenta y subinvolucion uterina. En casos con estafilococos, pueden presentarse el síndrome de choque toxico debido a la presencia de toxinas, sin haber presentado uno solo de los anteriores signos o síntomas.

El diagnostico diferencial es con todas aquellas que provoquen fiebre en el posparto: mastitis, congestión mamaria, atelectasias por falta de una adecuada ventilación, infección de vías urinarias siendo la pielonefritis la más importante, trombosis venosa profunda, tromboflebitis pélvicas.

DIAGNOSTICO

En general, el diagnóstico es clínico, pero debido a que 15 a 20% de las veces se acompaña de bacteremia, es imprescindible establecer un diagnostico y método de estudio específico.

Toda paciente con fiebre en sus primeras 24 horas posparto y sin factores de riesgo como infección intraamniotica, por lo general solo suele vigilarse, ya que la fiebre puede deberse a la liberación de interleucinas y otros agentes pirógenos durante el parto o cesárea y. La fiebre que se presenta en las siguientes 24 horas debe estudiarse mediante protocolo. La fiebre debe ser mayor de 38°C tomada en dos terminaciones.

El estudio se debe complementar con los siguientes exámenes de laboratorio y gabinete: Cultivo de secreciones, hay quienes recomiendan realizar cultivos para descartar *Chlamydia* o gonorrea, aunque no se realizan de forma rutinaria y/o cultivo de endometrio. También se debe realizar hemoleucograma, hemocultivo, urocultivo y

examen general de orina, radiografía de tórax. Ultrasonografía pélvica, para descartar una retención de restos placentarios. Tomografía axial computarizada, o angiografía, en casos específicos, para descartar tromboflebitis pélvica o abscesos pélvicos.

PREVENCION

La profilaxis perioperatoria es sin duda la mejor medida para disminuir la tasa de aparición de infecciones postquirúrgicas en general, así como para disminuir la tasa de endometritis y sin esta la tasa de infección pélvica grave va a ser de hasta el 90%.

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomienda un agente de espectro estrecho(peñ cefazolina) capaz de alcanzar niveles terapéuticos contra los patógenos más comunes al momento de la exposición. La profilaxis se debe de administrar dentro de los 60 minutos de realizar la incisión de preferencia una cefalosporina de primera generación o ampicilina ,en caso de alergia a penicilina se puede administrar Clindamicina mas un aminoglucosido.

Si la paciente es portadora de S.Aureus meticilino resistente se puede considerar administrar vancomicina .Otra practica adecuada es la limpieza vaginal preoperatoria con povidona yodada o metronidazol en gel. En un meta-análisis con nivel de evidencia 1 en el que se evaluaron 86 estudios que involucraban 13000 pacientes, se encontró que el uso de antibióticos profilácticos disminuyo la

incidencia de fiebre de forma considerable (RR de 0.45, con un IC al 95% de 0.32-0.48), así como el riesgo de endometritis (RR de 0.38, con un IC al 95% de 0.39-0.51).

TRATAMIENTO Y ELECCION DE ANTIBIOTICOS

El tratamiento que ha demostrado mayor efectividad es el de 900mg de clindamicina por vía intravenosa cada 8 horas más 1.5mg/kg de peso de gentamicina cada 8 horas. En el caso que exista persistencia de la fiebre, el esquema recomendado es agregar ampicilina a la clindamicina y la gentamicina puesto que la primera cubre enterococos que los otros dos medicamentos no cubren.

El uso de vancomicina para cubrir enterococos también es válido. Si a pesar del esquema de antibióticos la fiebre persiste, deben realizarse estudios de imagen como tomografía o sonografía. El tratamiento se extiende hasta que la paciente se encuentre 24 a 48 horas afebril.

Se ha establecido que no existe mayor beneficio en continuar con el tratamiento más allá de ese tiempo. En los casos de presencia de restos placentarios, se debe realizar un legrado o bien aspiración del mismo mediante legrado por aspiración. Si se llega a demostrar la presencia de algún absceso pélvico, se recomienda su drenaje guiado por ultrasonografía o por tomografía computarizada cuando son mayores a 5cm o bien si no existe respuesta a los antimicrobianos.

BIBLIOGRAFIA

- Bata glía et al 2006 Prevención y manejo de la infección Puerperal Peruana de Ginecología y Obstetricia pg 154-158.

- Fitzwater et al.2014 Prevention and managment of cesarean wound infection Obstet Gynecol Clin N Am 41(2014) 671-689.
- S.Shakoor et al 2016 Diagnostic methods to determine microbiology of postpartum endometritis in South Asia: laboratory methods protocol used in the Postpartum Sepsis Study: a prospective cohort study Reproductive Health (2016) 13:15 DOI 10.1186/s12978-016-0121-4.
- Vasquez et al.agosto 2013Endometritis postparto:experiencia en hospital general Revista Peruana de Ginecologia y Obstetriciapg59-64.
- Williams Obstetricia Cunningham, Leveno, Bloom, Spong, Dashe, Hoffman, Casey, Sheffiield. 24th edition. | McGraw-Hill 2014, Capítulo 3

Recepción: 30 Octubre de 2016

Aprobación:15 Noviembre de 2016